

# Modulo di Iscrizione a Associazione Italiana per la Ricerca sulla Distonia

Da compilare, stampare e spedire in busta chiusa a

Associazione Italiana per la Ricerca sulla Distonia – c/o Avv. Lavinia Freddi - Via Roma, 39 – 23855 Pescate (LC)  
oppure scannerizzare e inviare via mail a soci.ard@distonia.it

## DESIDERO DIVENTARE SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA RICERCA SULLA DISTONIA

Nome ..... Cognome .....  
Data di Nascita ..... Luogo di Nascita ..... (.....)  
Indirizzo di Residenza: Via .....  
CAP ..... Comune ..... (.....)  
Tel. .... Cellulare .....  
Email .....@.....

### IN QUANTO:

**PAZIENTE**

- Indicare tipologia di Distonia .....
- Indicare nome proprio medico di riferimento .....
- Indicare se si gode di esenzione:  NO  SI, se si indicare quale:
  - Esenzione RFG090 per Malattia Rara o per Distonia di Torsione Idiopatica
  - Esenzione RFG168 per Distonia Primaria
  - Altro tipo di esenzione .....
- Indicare se si ha invalidità:  NO  SI

**FAMILIARE DI UN DISTONICO** .....

**MEDICO** .....

**OPERATORE SANITARIO** .....

**ALTRO (INDICARE IL MOTIVO)** .....

### **NOTE:**

Vi prego di inviarmi ulteriori informazioni a proposito di: .....

Quali criticità incontro nella mia condizione di Distonico: .....

**Desidero iscrivermi come Socio Ordinario "Anno 2021" e ho versato l'importo di Euro 20,00 mediante:**

PayPal

Bonifico bancario a

IBAN IT12P0329601601000067170447

Presso: FIDEURAM SPA – 20122 Milano (MI), Corso di Porta Romana. 16

**Intestato a: ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA RICERCA SULLA DISTONIA - Via Roma, 39 – 23855 Pescate (LC)**

**"Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs 196 del 30 giugno 2003  
e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679)"**

Data .....

Firma .....